

## ПОШИРЕНІСТЬ ГІПОВІТАМІНОЗУ Д У ХВОРИХ НА ІХС

Гордіна М. А. – аспірант,

Науковий керівник – д. мед. н., проф. Орловський В. Ф.

СумДУ, кафедра сімейної медицини

Серцево-судинна патологія є основною причиною захворюваності, інвалідизації та смертності населення України. Згідно статистичних даних частка смертності від хвороб системи кровообігу (ХСК) в нашій державі за останні роки становить 60–65%, в Росії — 55–65%, у США — 36%. За даними ВООЗ (2011 р.), щорічні втрати від ХСК в світі складають 17,5 млн. людських життів, причому смертність від ішемічної хвороби серця (ІХС) займає 1-ше місце. Серед європейських країн — Україна посідає одне з перших місць за показником смертності населення від ІХС (66,8%, працездатного населення – 53,8% серед всіх ХСК) та перше місце за показником раптової серцевої смертності від ІХС у віці від 0 до 64 років (143,78/100000населення).

Як відомо, ІХС – це патологічний стан, що характеризується абсолютним або відносним порушенням кровопостачання міокарду внаслідок атеросклеротичного ураження коронарних артерій серця. В останній час все більше фактів вказують на те, що патогенетичною основою атеросклерозу та ІХС є не лише ізольована гіперхолестеринемія та порушення в обміні ліпідів, а комплекс факторів, який поєднує метаболічні та функціональні порушення з проатерогенною дією, а також взаємодія зовнішніх та генетичних чинників. Згідно експериментальних та епідеміологічних досліджень останніх років, одним з таких чинників є дефіцит вітаміну Д, що набув характер пандемії у світі. Розповсюдженість гіповітамінозу Д пов'язана з недостатнім надходженням вітаміну Д в організм – неадекватністю отримання сонячного опромінення сучасною людиною внаслідок урбанізації, роботи в приміщеннях, застосування сонцезахисних засобів, а також із старінням населення Землі та поширеністю ожиріння. Загальновідомо, що вітамін Д приймає участь у метаболізмі кальцію та у фізіології кісткової тканини. Але дослідження показали, що гормон вітаміну Д – кальцитріол також відіграє важливу роль в фізіології серцево-судинної системи шляхом інгібування проліферації гладеньких м'язів судин, подавлення кальцифікації судин, зниження продукції прозапальних цитокінів та збільшення протизапальних, регуляції ренін-ангіотензин-альдостеронової системи. Результати епідеміологічних досліджень показують на підвищений ризик виникнення інфаркту міокарду та серцевої недостатності у хворих з дефіцитом вітаміну Д.

Мета дослідження. Вивчення поширеності гіповітамінозу Д у хворих на ІХС.

Матеріали та методи. У дослідження включено 135 хворих на ІХС стабільну стенокардію напруги II – III ФК (середній вік  $64,7 \pm 0,97$  років), серед них 54 жінки (40%) та 81 чоловік (60%). Діагноз ІХС встановлювали відповідно до рекомендацій ВОЗ та Європейського товариства кардіологів (2003). В дослідження не включали пацієнтів, які протягом останніх 6 місяців приймали препарати вітаміну Д<sub>2</sub>, Д<sub>3</sub> та мультивітамінні препарати, що містили ці вітаміни, пацієнтів із захворюваннями органів шлунково-кишкового тракту з синдромом мальабсорбції жирів, гострими та хронічними захворюваннями печінки інфекційного, токсичного та аутоімунного генезу, хронічною нирковою недостатністю, нефротичним синдромом, сечокам'яною хворобою та первинним гіперпаратиреозом. Вміст вітаміну Д у плазмі крові визначали за концентрацією 25-гідроксивітаміну Д (25(ОН)Д), що є загальноприйнятим функціональним індикатором рівня вітаміну Д в організмі людини, за допомогою наборів реагентів 25-OH Vitamin D Immunodiagnosics Systems Limited (UK) методом імуоферментного аналізу згідно методики виробника. В залежності від концентрації 25(ОН)Д розрізняли наступні стани: оптимальний -  $\geq 90$ -100 нмоль/л (36-40 нг/мл), нормальний – 75-90 нмоль/л (30-36 нг/мл), недостатність – 50-75 нмоль/л (21-29 нг/мл), дефіцит - менш ніж 50 нмоль/л (20 нг/мл)

Результати дослідження. Результати проведеного дослідження показали, що в цілому у 135 обстежених вміст вітаміну Д нижчий за 75 нмоль/л, що відповідає межах дефіциту та недостатності, виявлений у 91,9% хворих (124 чол.), нормальний рівень мали 7,4% (10 чол.) та оптимальний 0,7% (1 чол.). Серед субнормальних значень превалювала недостатність у 51,9% (70 чол.), дефіцит був діагностований у 40,0% пацієнтів (54 чол.). Тяжка форма дефіциту вітаміну Д, що діагностується при показнику 25(ОН)Д нижче 25 нмоль/л, була виявлена у 4,4% пацієнтів (6чол.).

Висновки: Встановлено широку розповсюдженість гіповітамінозу Д (концентрація 25(ОН)Д  $< 75$  нмоль/л) у пацієнтів з ІХС на рівні 91,9%. Виявлений дефіцит та недостатність вітаміну Д може бути додатковим патогенетичним фактором виникнення та прогресування ХСК, зокрема ІХС, що потребує подальшого вивчення зв'язку гіповітамінозу Д із традиційними факторами ризику - ожирінням, порушенням толерантності до вуглеводів, дисліпідемією та артеріальною гіпертензією, що є складовими метаболічного синдрому.